

Trabajo de parto

Contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix

Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación

Es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, se ha subdividido en dos fases: **la fase latente y la fase activa.**

Fase latente del trabajo de parto

Se comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm.



Fase activa del trabajo de parto

Aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10 cm

Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo

Es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento.



Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento

Es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta

Indicaciones para el parto eutócico, espontáneo

Se recomienda la resolución del embarazo a término por vía vaginal en embarazadas sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la misma.¹

Se recomienda parto vaginal a las embarazadas a término con patología asociada no complicada: preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal; bajo supervisión del especialista en Ginecología y Obstetricia; a menos que exista contraindicación materna y/o fetal para ella.¹⁵



Admisión

Los criterios de admisión de la embarazada en trabajo de parto en los centros obstétricos son los siguientes:¹⁷

1. Dinámica uterina regular
2. Borramiento cervical > 50%
3. Dilatación de 3-4 cm

Es decir, que se encuentre en fase activa del parto.

Duración

Fase latente

La duración es de aproximadamente **6,4 horas** en la nulípara y **4,8** horas en las múltiparas.

Expulsivo

Hasta **tres horas para nulíparas** sin analgesia epidural.

Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural.

Para múltiparas sin analgesia epidural, hasta **un máximo de dos horas**.

Para múltiparas con analgesia epidural, hasta tres horas

Fase activa

En las primíparas:

El promedio de duración es de 8 horas.

Es poco probable que dure más de 18 horas.

En las múltiparas:

El promedio de duración es de 5 horas.

Es poco probable que dure más de 12 horas

Medidas para la preparación del parto

Asepsia: La higiene de las manos es la medida más importante de prevención – 5 momentos.

Ingesta de líquidos y sólidos: Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto.

Uso de enema: No se recomienda utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales.

Rasurado perineal: No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

Posición de la embarazada: LIBRE POSICIÓN, que es la adopción de cualquier posición cómoda para la embarazada a lo largo de la fase activa

Medidas para la preparación del parto

Frecuencia de tacto vaginal: El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales; cada cuatro horas, en condiciones normales.

Amniotomía/amniorexis y uso de oxitocina en la fase activa del trabajo de parto

NO se recomienda realizar amniotomía/amniorrexis artificial, ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal.

Cuando existe un retardo en el progreso del trabajo del parto comprobado, la amniorrexis seguida de infusión de oxitocina a bajas dosis acorta la duración de la primera etapa del trabajo de parto y mejora el grado de satisfacción materna

Medidas para la preparación del parto

Esquema de oxitocina

Dilución
Dosis inicial
Dosis de aumento
Intervalo de dosis
Dosis máxima

Bomba de infusión

1.000 cc de SS 0,9% más 10 UI de oxitocina
1 mU/min (6 ml/h)
Doblar dosis hasta conseguir dinámica eficaz
30 minutos
30 mU/min (180 ml/h)

Goteo venoclisis sin bomba

1.000 cc de SS 0,9% más 10 UI de oxitocina
2 gotas/min - (6 ml/h)
Doblar dosis hasta conseguir dinámica eficaz
30 minutos
60 gotas/min

SEGUNDA ETAPA: EXPULSIVO

Medidas de asepsia

Higiene de manos: Lavarse, desinfectarse.

Vestimenta: Basado en la evaluación del riesgo

Uso de guantes: Deben ser siempre estériles

Uso de mascarilla: Mas protectores oculares protege de salpicaduras de fluido.

Posición de la embarazada

Posición que les sea más cómoda

Las **posiciones verticales o laterales**, comparadas con **supina o de litotomía**, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto.

Las mujeres que adoptan **posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar** persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda.

La posición **sentada** es un factor **protector del trauma perineal** y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento

SEGUNDA ETAPA: EXPULSIVO

Prevención de trauma perineal

Se recomienda posibilitar la aplicación local de compresas calientes durante la 2ª etapa del trabajo de parto; Anestésico local en spray y realización del masaje perineal **NO RECOMENDADO.**

Episiotomía

Episiotomía de rutina – NO RECOMENDADO

La episiotomía selectiva vs. la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta.

Maniobra de Kristeller

No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller en la segunda etapa del parto. Es ineficaz en la reducción de la segunda etapa del trabajo de parto.

TERCERA ETAPA: ALUMBRAMIENTO

Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con **manejo activo** (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta).

Con manejo activo a partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento el **riesgo de hemorragia posparto** aumenta progresivamente con la duración del mismo.

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con **oxitocina IM 10 UI**.

El manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto (HPP); el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración.

ETAPAS DEL PARTO

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

NANDA	NOC	INDICADORES	NIC
Disconfort	Estado de comodidad: Entorno	Suministros y equipo necesarios al alcance Temperatura ambiental Privacidad	Manejo ambiental: Confort Manejo ambiental: seguridad
Riesgo de sangrado	Severidad de la pérdida de sangre	Sangrado vaginal Palidez de piel y mucosas	Disminución de la hemorragia: útero posparto Manejo del shock: volumen

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

NANDA	NOC	INDICADORES	NIC
Riesgo de alteración materno/fetal	Estado materno durante el parto	Frecuencia de las contracciones Uterinas Progresión de la dilatación cervical	Cuidados Intraparto Monitorización de los signos vitales
Ansiedad	Nivel de ansiedad	Desasosiego Inquietud	Disminución de la ansiedad
Dolor agudo	Nivel de dolor	Frecuencia respiratoria Irritabilidad	Manejo del dolor

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

NANDA	NOC	INDICADORES	NIC
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	-Control del riesgo -Estado materno: durante el parto	Frecuencia de las contracciones Uterinas Glucemia Sangrado vaginal	Cuidados Intraparto Prevención de hemorragia
Riesgo de sangrado r/c complicaciones postparto (atonía uterina, traumatismos del tracto genital, alteración de la coagulación o retención de productos)	-Severidad de la pérdida de sangre -Estado materno: durante el parto	Frecuencia de contracciones uterinas Duración	-Cuidados intraparto -Cuidados postparto -Disminución de la hemorragia: útero postparto -Vigilancia

CUIDADOS DE ENFERMERIA – ETAPA DILATACION

- Apoyo dentro y fuera de la cama
- Limpieza de zona perineal mediante técnica aséptica
- Reportar cualquier novedad que se presente
- Vigilar nivel de conocimiento sobre el proceso de parto
- Vigilar Frecuencia cardiaca fetal
- Enseñar técnicas de relajación y respiración
- Controlar las contracciones uterinas
- Proporcionar confianza
- Animo
- Signos vitales

CUIDADOS DE ENFERMERIA – ETAPA EXPULSIVA

- Trasladar a la paciente al área de parto - expulsión
- Colocar a la paciente en la posición indicada (Litotomía)
- Tener lista la cuna de calor radiante
- Registrar fecha y hora de nacimiento
- Ayudar a la madre en el uso efectivo del pujo
- Registrar y reportar signos vitales
- Técnicas de buena respiración
- Apoyo continuo
- Evidenciar complicaciones y reportarlas

CUIDADOS DE ENFERMERIA – ETAPA ALUMBRAMIENTO

- Orientar a la usuaria que puje al sentir dolor
- Verificar hora de alumbramiento
- Verificar que la placenta y membranas estén completas
- Valorar signos vitales: Presión arterial, pulso, temperatura, respiración
- Valorar sangrado vaginal: leve, moderado o intenso
- Apoyo continuo
- Brindar confort
- Aplicar medidas para contrarrestar el dolor.

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

El proceso del parto desde el trabajo del parto hasta el nacimiento se da por lo general sin problemas, sin embargo, se pueden presentar varias complicaciones:

Trabajo de parto prematuro (antes de término)

Ocurre cuando su trabajo de parto comienza antes de las 37 semanas completas de embarazo

Ruptura prematura de membranas (RPM)

Ocurre cuando la fuente se rompe antes de que la madre entre en trabajo de parto. Si el parto no comienza poco después, puede aumentar el riesgo de infección

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Trabajo de parto que no progresa: Cuando el trabajo de parto se estanca.

Esto puede suceder cuando:

Las contracciones se debilitan

El cuello uterino no se dilata lo suficiente o tarda demasiado en dilatarse

El bebé no está en la posición correcta

El bebé es demasiado grande o su pelvis demasiado pequeña para que el bebé pueda avanzar por el canal de parto

Problemas con la placenta: Incluyen el desprendimiento antes del nacimiento de la placenta del útero, o su adherencia con demasiada firmeza al útero

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Problemas con el cordón umbilical

El cordón se enganche en el brazo, la pierna o el cuello del bebé. También es un problema si el cordón sale antes que el producto.

Problemas con la posición del producto

Como parto de nalgas - podálico, cuando el producto sale primero con los pies.

Distocia del hombro

Cuando sale la cabeza del producto pero su hombro se atasca

Asfixia perinatal

Ocurre cuando el producto no recibe suficiente oxígeno en el útero durante el trabajo de parto o el parto, o justo después del nacimiento.

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Desgarros perineales

Desgarro de la vagina y los tejidos circundantes

Sangrado excesivo

Puede ocurrir cuando el parto causa desgarros en el útero o si no se desprende la placenta después de la etapa expulsiva.

Embarazo postérmino

Cuando el embarazo dura más **de 42 semanas**

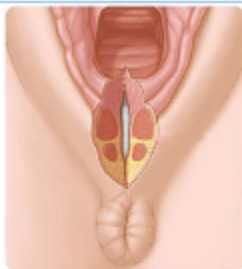
COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Clasificación de Desgarro Perineal



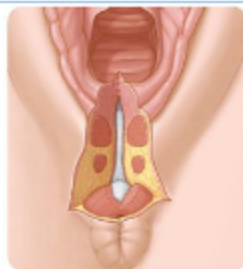
Grado I

Solo daño en piel.



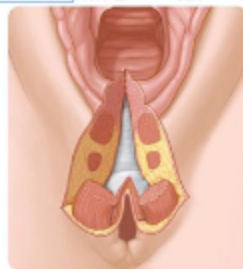
Grado II

Daño a músculos perineales, sin daño a esfínter anal.



Grado III

Daño a esfínter anal externo.
 • 3 a: Afectación < 50%.
 • 3 b: Afectación > 50%.
 • 3 c: Desgarro de esfínter anal interno.



Grado IV

Daño al perineo involucrando esfínter anal completo y del epitelio anal.

R

El desgarro de primer grado sin sangrado y bordes afrontados usualmente no necesita **sutura**, en cambio los de 2o a 4º es necesaria su reparación quirúrgica.

R

Las **cefalosporinas** de primera y tercera generación son de primera elección por su acción de amplio espectro y mínimo riesgo de reacción alérgica en procedimientos obstétricos.

R

En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de **metronidazol** para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal.

R

En la **sutura** del músculo con daño, se puede utilizar polidioxanone o **sutura** de poliglactina siendo adecuado a de 3 ceros o 2 ceros.

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Complicaciones por etapa de parto

Etapa Dilatación

Dilatación lenta o detenida

Contracciones uterinas insuficientes Ruptura prematura de membranas.

Etapa Expulsiva

Distocia de hombros

Prolapso del cordón umbilical

Sufrimiento fetal.

Etapa Alumbramiento

Retención de la placenta Hemorragia posparto Desgarros perineales severos.

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

CUIDADOS DE ENFERMERIA

En caso de contracciones uterinas insuficientes, los cuidados incluyen administrar oxitocina según lo indicado, monitorear la frecuencia y la intensidad de las contracciones, y asegurar la comodidad de la madre.

Si hay ruptura prematura de membranas, es vital prevenir infecciones mediante el control de la temperatura, el monitoreo de signos de infección y la administración de antibióticos si es necesario.

Para la distocia de hombros, los cuidados incluyen maniobras específicas para liberar el hombro atascado, como la maniobra de McRoberts y la aplicación de presión suprapúbica. Además, se debe estar preparado para una posible reanimación neonatal.

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Para el sufrimiento fetal, el monitoreo fetal continuo es esencial. Si se detectan signos de sufrimiento, se puede administrar oxígeno a la madre, cambiar su posición y preparar para una intervención rápida, como una cesárea.

En el caso de retención de la placenta, los cuidados incluyen la administración de medicamentos para ayudar a expulsar la placenta, realizar un masaje uterino y, si es necesario, la extracción manual o quirúrgica de la placenta.

Para la hemorragia posparto, los cuidados incluyen la administración de oxitocina y otros medicamentos para contraer el útero, realizar un masaje uterino, controlar los signos vitales y, en casos severos, preparar para intervenciones quirúrgicas.

Para desgarros perineales severos, los cuidados implican la reparación quirúrgica del desgarro, el manejo del dolor y la prevención de infecciones mediante la administración de antibióticos y cuidados adecuados de la herida.

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Rotura prematura de membranas

Solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se produce desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.

Clasificación

Cerca de término	Entre 35 y 36 semanas 6 días.
Lejos de término	Entre 24 y 34 semanas 6 días.
Previaible	Menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad).
Período de latencia	Tiempo transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto. ¹
Ruptura prolongada	Tiempo de latencia mayor a 24 horas. ¹⁸

E-n embarazos de 35 semanas o más, se sugiere terminación del embarazo

-24 a 34 semanas 6 días - maduración pulmonar fetal y antibioticoterapia profiláctica

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Rotura prematura de membranas

Diagnostico

El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica y observación de salida de líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia.^{2, 26}

Se recomienda evitar tactos vaginales cuando se sospecha RPMP.^{2, 3, 26}

La cristalografía y nitrazina son pruebas útiles para confirmar el diagnóstico.^{2, 23}

No se recomienda la evaluación con prueba de nitrazina ante la presencia de salida de líquido amniótico a través del canal cervical.^{3, 26}

La presencia ultrasonográfica de oligohidramnios puede ser útil para el diagnóstico de RPM.^{3, 26}

La proteína alfa microglobulina-1 placentaria (PAMG-1) en fluido vaginal, presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87,5-100%.^{24, 25}

Tratamiento

Todas las embarazadas entre 24 y 34 semanas 6 días con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes siete días, deben ser consideradas para el tratamiento antenatal con un curso único de corticosteroides.^{3, 26}

Se recomienda como tratamiento de primera elección la Betametasona 12 mg intramuscular glútea cada 24 horas, por un total de dos dosis.²⁷

Alternativa, Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.²⁶

Corticoides

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Rotura prematura de membranas

Tratamiento

Antibióticos

El uso de antibióticos en RPMP está asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños cuyas madres reciben tratamiento, así como efecto de reducción sobre la mortalidad perinatal.^{3, 26}

Se recomienda durante el manejo expectante de la RPMP un curso de 48 horas de antibióticos:

Ampicilina intravenosa y eritromicina vía oral, seguido de cinco días con amoxicilina y eritromicina vía oral para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal, así como la morbilidad neonatal asociada a prematuridad.^{2, 3}

Recomendado

Como alternativa o en caso de pacientes alérgicas a la penicilina, para profilaxis se recomienda:

- Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas durante 10 días posteriores al diagnóstico de RPMP.^{3, 25}
- Clindamicina 900 mg intravenosa cada ocho horas por siete días.^{4, 5, 7}

Alternativa

Para lo cual se recomienda el siguiente esquema:

La terapia con antibióticos para RPMP lejos de término debe darse por siete días:

- Las primeras 48 horas, ampicilina 2 gramos intravenosa en dosis inicial, seguida de 1 gramo intravenosa cada seis horas + eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas.
- Luego, continuar los siguientes cinco días con amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas + eritromicina 250 mg vía oral cada seis horas.

Esquema

No se recomienda la combinación de amoxicilina + ácido clavulánico en la RPMP por su relación con la enterocolitis necrotizante.³

No recomendado

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Rotura prematura de membranas

Tratamiento

Antibióticos – Intraparto

Se recomienda el tratamiento intraparto profiláctico con penicilina para prevenir la transmisión vertical del estreptococo del grupo B en pacientes portadoras con RPMP y feto viable.^{2,3}

Recomendado

La profilaxis para estreptococos del grupo B recomendada es: penicilina cristalina 5 000 000 UI intravenoso, seguido de 2 500 000 UI cada cuatro horas, o ampicilina 2 g intravenoso seguida de 1 g intravenoso cada cuatro horas durante el trabajo de parto hasta el parto o cesárea.^{4,5,7}

Esquema

Alternativa

En pacientes alérgicas a penicilina, se recomienda clindamicina 900 mg intravenoso cada ocho horas hasta el parto o cesárea.^{4,5,7}

La administración de los antibióticos de rutina reduce la morbilidad materna y neonatal. La terapia de antibióticos también retrasa el parto, permitiendo el tiempo suficiente para que los corticosteroides profilácticos prenatales tengan efecto.²⁶

COMPLICACIONES – ETAPAS DEL PARTO

Rotura prematura de membranas

TOCOLITICOS

No se recomienda la tocolisis profiláctica en mujeres con RPMP, porque este tratamiento no mejora significativamente el resultado perinatal.²⁶

No se recomienda el uso rutinario de tocolíticos en pacientes con RPMP, ya que no se ha demostrado aumento de la prolongación del embarazo o disminución de la morbilidad neonatal.²

No se recomienda tocolisis profiláctica en mujeres con RPMP sin actividad uterina.³

Tratamiento No Recomendado

FIBRINAS

No se recomienda el uso de sellantes de fibrina como un tratamiento de rutina de oligohidramnios en el segundo trimestre causado por RPMP.^{2, 3, 26}

AMNIOFUSION

No se recomienda el uso de la amniotomía en pacientes con RPMP.²

No se recomienda la amniotomía transvaginal en el parto, en mujeres con RPMP.³

No se recomienda la amniotomía transabdominal como un método de prevención de hipoplasia pulmonar en la RPMP.^{3, 26}

La incidencia de hipoplasia pulmonar relacionada con RPMP con o sin amniotomía transabdominal es similar.³

No se recomienda la amniotomía durante la labor de parto en mujeres con RPMP.^{2, 3}

PREGUNTAS

- Paciente primigesta de 20 años, cursa un embarazo de 39 semanas, ingresa al hospital acompañada del familiar, quien refiere que hace 6 horas antes de su ingreso, presentó: dolor abdominal tipo contracción uterina, lentas y constantes; eliminación de moco cervical teñido de sangre; está ansiosa. Es valorada por un médico de turno, reporta: dilatación de 2 centímetros, borramiento de 40%, membranas integra, eliminación de moco cervical sanguinolento en moderada cantidad, frecuencia cardíaca fetal 160 latidos por minutos, pulso 96 por minuto, presión arterial 120/70, temperatura de 36.5 grados centígrados, respiración 20 por minuto. Se le envía a casa con indicaciones. ¿En qué momento de su periodo de maternidad se encuentra la paciente?

Respuestas:

- Primera etapa del trabajo de parto, fase latente de la labor de parto.
- Primera etapa del trabajo de parto, fase activa de la labor de parto.
- Segunda etapa de trabajo de parto (periodo expulsivo).
- Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento.

PREGUNTAS

- Paciente primigesta de 20 años, cursa un embarazo de 39 semanas, ingresa al hospital acompañada del familiar, quien refiere que hace 6 horas antes de su ingreso, presentó: dolor abdominal tipo contracción uterina, lentas y constantes; eliminación de moco cervical teñido de sangre; está ansiosa. Es valorada por un médico de turno, reporta: dilatación de 2 centímetros, borramiento de 40%, membranas integra, eliminación de moco cervical sanguinolento en moderada cantidad, frecuencia cardíaca fetal 160 latidos por minutos, pulso 96 por minuto, presión arterial 120/70, temperatura de 36.5 grados centígrados, respiración 20 por minuto. Se le envía a casa con indicaciones. ¿En qué momento de su periodo de maternidad se encuentra la paciente?

Respuestas:

- **Primera etapa del trabajo de parto, fase latente de la labor de parto.**
- Primera etapa del trabajo de parto, fase activa de la labor de parto.
- Segunda etapa de trabajo de parto (periodo expulsivo).
- Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento.

PREGUNTAS

□ Paciente acude al centro de salud en labor de parto, el profesional de enfermería le informa sus derechos sobre el parto en libre posición; la parturienta escoge dar a luz en posición vertical. Seleccione las ventajas del parto vertical que informará a la madre:

1. Las fuerzas de gravedad favorecen el encaje y descenso fetal.
2. Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias post parto.
3. Ausencia de compresión de grandes vasos.
4. Favorece la revisión médica.
5. Mejor equilibrio ácido-base fetal tanto en el período dilatante como en el expulsivo.
6. Proporciona beneficios psicoafectivos y disminuye el dolor.

Respuestas:

- 1, 3, 5, 6
- 1, 3, 4, 5
- 2, 4, 5, 6
- 2, 3, 5, 6

PREGUNTAS

□ Paciente acude al centro de salud en labor de parto, el profesional de enfermería le informa sus derechos sobre el parto en libre posición; la parturienta escoge dar a luz en posición vertical. Seleccione las ventajas del parto vertical que informará a la madre:

1. Las fuerzas de gravedad favorecen el encaje y descenso fetal.
2. Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias post parto.
3. Ausencia de compresión de grandes vasos.
4. Favorece la revisión médica.
5. Mejor equilibrio ácido-base fetal tanto en el período dilatante como en el expulsivo.
6. Proporciona beneficios psicoafectivos y disminuye el dolor.

Respuestas:

- 1, 3, 5, 6

- 1, 3, 4, 5

- 2, 4, 5, 6

- 2, 3, 5, 6

PREGUNTAS

¿Cuál es la recomendación correcta para seguir en prevención del trauma perineal?

Respuestas:

- La protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal.
- La aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
- La realización del masaje perineal durante la fase de expulsivo.
- La aplicación local de compresas frías durante la 2ª etapa del trabajo de parto.



¿Cuál es la recomendación correcta para seguir en prevención del trauma perineal?

Respuestas:

- La protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal.

- La aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
- La realización del masaje perineal durante la fase de expulsivo.
- La aplicación local de compresas frías durante la 2ª etapa del trabajo de parto.

PREGUNTAS

- Paciente femenina de 20 años, que acude a la emergencia obstétrica, es valorada por el especialista. Los signos vitales se encuentran en los siguientes parámetros: TA= 130/70 mmHg, FR= 22 X', FC= 86X', FCF= 140 X', al tacto vaginal se valora dilatación 10 cm y borramiento 100% membranas rotas. Ingresa a sala de partos, obteniendo un producto único vivo mediante parto eutócico (período expulsivo), para luego pasar a la tercera etapa del trabajo del parto (alumbramiento). Usted como profesional de enfermería conocedor de las normas del MSP. ¿Cuál de las siguientes actividades se debe realizar para cumplir con los pasos del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto?

Respuestas:

- Administración de 10UI de oxitocina IM stat, tracción controlada del cordón, con contra tracción (presión suave) del fondo uterino y masaje uterino después de la liberación de la placenta.
- Tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.
- Administración de 10UI de oxitocina IM stat, tracción controlada del fondo uterino.
- Administración de 20 UI de oxitocina IM stat y tracción controlada del cordón.

PREGUNTAS

- Paciente femenina de 20 años, que acude a la emergencia obstétrica, es valorada por el especialista. Los signos vitales se encuentran en los siguientes parámetros: TA= 130/70 mmHg, FR= 22 X', FC= 86X', FCF= 140 X', al tacto vaginal se valora dilatación 10 cm y borramiento 100% membranas rotas. Ingresa a sala de partos, obteniendo un producto único vivo mediante parto eutócico (período expulsivo), para luego pasar a la tercera etapa del trabajo del parto (alumbramiento). Usted como profesional de enfermería conocedor de las normas del MSP. ¿Cuál de las siguientes actividades se debe realizar para cumplir con los pasos del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto?

Respuestas:

- **Administración de 10UI de oxitocina IM stat, tracción controlada del cordón, con contra tracción (presión suave) del fondo uterino y masaje uterino después de la liberación de la placenta.**
- Tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.
- Administración de 10UI de oxitocina IM stat, tracción controlada del fondo uterino.
- Administración de 20 UI de oxitocina IM stat y tracción controlada del cordón.

PREGUNTAS

- Paciente de 26 años secundigesta, con antecedente de diabetes mellitus, embarazo a término llega a la emergencia en período expulsivo, refiere mucho dolor. En la valoración presenta dilatación del cuello uterino de 10 cm y las contracciones uterinas son regulares, a intervalos de 3 min, con una duración de 70 segundos, se traslada para sala de parto, se realiza parto distócico por desproporción cefalopélvica, obteniendo recién nacido con peso de 4000 gramos. En la revisión de cavidad presenta desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal, mucosa vaginal, piel, aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal. ¿Cuál de las clasificaciones de los desgarros pertenece a este caso?

Respuestas:

- Desgarro perineal grado II.
- Desgarro perineal grado I.
- Desgarro perineal grado III.
- Desgarro perineal grado IV.

PREGUNTAS

- Paciente de 26 años secundigesta, con antecedente de diabetes mellitus, embarazo a término llega a la emergencia en período expulsivo, refiere mucho dolor. En la valoración presenta dilatación del cuello uterino de 10 cm y las contracciones uterinas son regulares, a intervalos de 3 min, con una duración de 70 segundos, se traslada para sala de parto, se realiza parto distócico por desproporción cefalopélvica, obteniendo recién nacido con peso de 4000 gramos. En la revisión de cavidad presenta desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal, mucosa vaginal, piel, aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal. ¿Cuál de las clasificaciones de los desgarros pertenece a este caso?

Respuestas:

- Desgarro perineal grado II.

- Desgarro perineal grado I.
- Desgarro perineal grado III.
- Desgarro perineal grado IV.

PREGUNTAS

El trabajo de parto es un proceso mediante el cual, el personal de salud debe tener en consideración aspectos a valorar, la monitorización materno fetal es una de ellas, la monitorización fetal electrónica es un proceso que se realizará en casos específicos. ¿Cuál de las siguientes situaciones se debería realizar?

- a. Presencia de líquido amniótico teñido de meconio.
- b. Madre con diabetes gestacional.
- c. Alteración del latido cardíaco fetal por auscultación.
- d. Fiebre materna.
- e. Madre adolescente.
- f. Uso de oxitocina.

Respuestas:

- a, c, d, f
- a, c, d, e
- b, d, e, f
- b, c, d, f

PREGUNTAS

El trabajo de parto es un proceso mediante el cual, el personal de salud debe tener en consideración aspectos a valorar, la monitorización materno fetal es una de ellas, la monitorización fetal electrónica es un proceso que se realizará en casos específicos. ¿Cuál de las siguientes situaciones se debería realizar?

- a. Presencia de líquido amniótico teñido de meconio.
- b. Madre con diabetes gestacional.
- c. Alteración del latido cardíaco fetal por auscultación.
- d. Fiebre materna.
- e. Madre adolescente.
- f. Uso de oxitocina.

Respuestas:

- a, c, d, f

- a, c, d, e
- b, d, e, f
- b, c, d, f

PREGUNTAS

De las etapas del parto normal, indique el proceso que no corresponde:

Respuestas:

- Inducción y conducción.
- Alumbramiento.
- Expulsivo.
- Dilatación y borramiento



PREGUNTAS

De las etapas del parto normal, indique el proceso que no corresponde:

Respuestas:

- Inducción y conducción.

- Alumbramiento.
- Expulsivo.
- Dilatación y borramiento



PREGUNTAS

En la guía de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, el Ministerio de Salud Pública ha indicado que se debe restringir el número de tactos vaginales a:

Respuestas:

- 1 cada 4 horas hasta el término de la labor.
- 1 cada hora hasta que la dilatación sea 6cm de dilatación, luego 1 cada media hora hasta que se encuentre con 10 cm de dilatación y 100% de borramiento.
- Cada 2 horas mientras está en fase de dilatación y luego a discreción del médico.
- Preferible no hacer más de 1 tacto durante la labor de parto.

PREGUNTAS

En la guía de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, el Ministerio de Salud Pública ha indicado que se debe restringir el número de tactos vaginales a:

Respuestas:

- 1 cada 4 horas hasta el término de la labor.

- 1 cada hora hasta que la dilatación sea 6cm de dilatación, luego 1 cada media hora hasta que se encuentre con 10 cm de dilatación y 100% de borramiento.
- Cada 2 horas mientras está en fase de dilatación y luego a discreción del médico.
- Preferible no hacer más de 1 tacto durante la labor de parto.





PREGUNTAS

Paciente primigesta de 38 semanas de gestación, se encuentra con labor de parto fase activa; al valorarla se detecta que la actividad uterina es irregular, por lo que el médico prescribe iniciar protocolo de conducción con oxitocina. ¿Cuál es el protocolo en bomba de infusión de oxitocina para conducción que debe administrar el personal de enfermería?

Respuestas:

- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 1 mUI/min que equivale a 2 gotas/min o 6 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 30 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 30 mU/min (180 ml/h).
- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 4 mUI/min que equivale a 4 gotas/min o 12 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 20 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 15 mU/min (90 ml/h).
- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 2 mUI/min que equivale a 2 gotas/min o 6 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 20 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 15 mU/min (90 ml/h).
- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 4 mUI/min que equivale a 8 gotas/min o 24 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 30 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 15 mU/min (90 ml/h).



PREGUNTAS

Paciente primigesta de 38 semanas de gestación, se encuentra con labor de parto fase activa; al valorarla se detecta que la actividad uterina es irregular, por lo que el médico prescribe iniciar protocolo de conducción con oxitocina. ¿Cuál es el protocolo en bomba de infusión de oxitocina para conducción que debe administrar el personal de enfermería?

Respuestas:

- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 1 mUI/min que equivale a 2 gotas/min o 6 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 30 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 30 mU/min (180 ml/h).

- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 4 mUI/min que equivale a 4 gotas/min o 12 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 20 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 15 mU/min (90 ml/h).

- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 2 mUI/min que equivale a 2 gotas/min o 6 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 20 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 15 mU/min (90 ml/h).

- Diluir 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en 1000 mL de solución isotónica e iniciar goteo a 4 mUI/min que equivale a 8 gotas/min o 24 mL/h en bomba de infusión, que debe doblar la dosis cada 30 minutos hasta conseguir dinámica eficaz hasta 15 mU/min (90 ml/h).

PREGUNTAS

De las siguientes definiciones. ¿Cuál corresponde a la fase activa del trabajo de parto?

Respuestas:

- Período que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular.
- Periodo que transcurre entre contracciones y 3 cm de dilatación, sin dinámica uterina regular y borramiento Cervical <50%.
- Período que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación.
- Periodo que transcurre desde el inicio de la dilatación <30%, las contracciones del útero muy irregulares y duran menos tiempo.

PREGUNTAS

De las siguientes definiciones. ¿Cuál corresponde a la fase activa del trabajo de parto?

Respuestas:

- Período que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular.

- Periodo que transcurre entre contracciones y 3 cm de dilatación, sin dinámica uterina regular y borramiento Cervical <50%.

- Período que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación.

- Periodo que transcurre desde el inicio de la dilatación <30%, las contracciones del útero muy irregulares y duran menos tiempo.

PREGUNTAS

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Trabajo de Parto, Parto y Posparto Inmediato del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. ¿Qué criterio comprende la primera etapa?

Respuestas:

- Etapa de dilatación y borramiento.
- Etapa expulsiva.
- Etapa de alumbramiento.
- Prueba de trabajo de parto.



PREGUNTAS

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Trabajo de Parto, Parto y Posparto Inmediato del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. ¿Qué criterio comprende la primera etapa?

Respuestas:

- Etapa de dilatación y borramiento.

- Etapa expulsiva.
- Etapa de alumbramiento.
- Prueba de trabajo de parto.



PREGUNTAS

El parto culturalmente adecuado se lleva a cabo en algunas unidades de salud, en este tipo de parto, una de las posiciones en el periodo expulsivo es mantener las piernas hiper flexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis, y el familiar es el soporte de la gestante. ¿Cuál es el nombre de la posición descrita anteriormente?

Respuestas:

- Cuclillas variedad anterior.
- Sentada o semisentada.
- Cogida de la soga.
- De manos y pies.

PREGUNTAS

El parto culturalmente adecuado se lleva a cabo en algunas unidades de salud, en este tipo de parto, una de las posiciones en el periodo expulsivo es mantener las piernas hiper flexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis, y el familiar es el soporte de la gestante. ¿Cuál es el nombre de la posición descrita anteriormente?

Respuestas:

- Cuclillas variedad anterior.

- Sentada o semisentada.
- Cogida de la soga.
- De manos y pies.

PREGUNTAS

Gestante de 33 semanas con criterio de parto pretérmino. ¿Cuál es la opción correcta para prevenir el riesgo de enfermedad respiratoria en el recién nacido?

Respuestas:

- Betametasona.
- Surfactante.
- Ventilación mecánica.
- Modo ventilatorio



PREGUNTAS

Gestante de 33 semanas con criterio de parto pretérmino. ¿Cuál es la opción correcta para prevenir el riesgo de enfermedad respiratoria en el recién nacido?

Respuestas:

- **Betametasona.**
- Surfactante.
- Ventilación mecánica.
- Modo ventilatorio



PREGUNTAS

Seleccione y ordene las etapas del trabajo de parto según la guía clínica del Ministerio de Salud Pública.

1. Dilatación y borramiento.
2. Expulsivo.
3. Latente.
4. Activa.
5. Alumbramiento.

Respuestas:

- 1, 2, 5
- 2, 3, 4
- 1, 3, 2
- 3, 5, 4

PREGUNTAS

Seleccione y ordene las etapas del trabajo de parto según la guía clínica del Ministerio de Salud Pública.

1. Dilatación y borramiento.
2. Expulsivo.
3. Latente.
4. Activa.
5. Alumbramiento.

Respuestas:

- 1, 2, 5

- 2, 3, 4

- 1, 3, 2

- 3, 5, 4